

PROYECTO: MV-PROY-46-1A

ACTIVIDAD: 7A1.2.-ASESORÍA

**DESCRIPCIÓN: BRINDAR ASESORÍA
PSICOLOGICA SOCIAL Y JURIDICA A
RECEPTORES DE VIOLENCIA (MUJERES).**

2020

REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA A MUJERES

Tlaxcala, Tlax; 30 de junio del 2020

LIC. MARIELA VÁSQUEZ PÉREZ
Jefa del Departamento. Especializado
Contra la Violencia Familiar
Presente


Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo, en mi calidad de responsable de la atención a mujeres generadoras y receptoras de violencia me permito remitir el informe de asesorías brindadas en el periodo de abril a junio del año en curso, cabe mencionar que debido a la contingencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) la solicitud de asesorías disminuyo de manera significativa, no obstante, se buscara la alternativa más favorable para seguir brindando el servicio, este trimestre solo se otorgaron **10 asesorías psicológicas, sociales y jurídicas** por violencia psicológica y física quedando distribuidas por mes de la siguiente manera:

Mes	N° de Asesorías
Abril	00
Mayo	02
Junio	08
Total:	10

**REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA
A MUJERES**

*Anexo hojas filtro

Sin más por el momento agradezco sus finas atenciones, quedando a la orden para lo que se ofrezca.



Lic. Martha Karina Hernández Martínez
Apoyo para el Seguimiento de
Programas de Asistencia Social

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV FOLIO FECHA 23/06/2020.

DATOS GENERALES

Nombre Completo Maricruz Garay Solano Edad: 31.
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
 Sexo H Estado Civil Casada Divorziata Concubinato Fecha de Nacimiento: 12/12/89
 Soltera Lugar de Nacimiento: Puebla.
 ¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 22 21 34 56 2
 Pertenece a un grupo etnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____
DOMICILIO
 Calle: Loma Florida No. Ext: 20 No.Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Apizaco. Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No
 Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Servicio Médico: Sí No ¿Cual? IMSS. Su casa es: Propia Rentada
IDIOMA
 Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
EDUCATIVO
 Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Licenciatura.

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
 Especifique: _____ Especifique: _____
 ¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
 Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
 Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Color de ojos Azules Café claro Café obscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro Nariz Aguileña Ancha Recta Afilada

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
 Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
 Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada? SI NO
 ¿Es victima de Violencia de Género? SI NO
 ¿Es victima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS Mi esposo llego borracho el domingo y comenzo a insultarme y a golpearme y esto es lo que hizo por lo que sali corriendo de mi casa y fue a casa de mis papas.
 Lugar de los Hechos _____
 Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO
 Calle: Calle 20 de Nov. No. Ext: 3/N No.Int: _____
 Colonia/Barrio: B. San Jose Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Atzacaco Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____
Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas
 Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito
 Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario
Daños Económicos: Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización
 Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____
Lesiones sexuales: ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____
Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos
Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:
 Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@
 Hiji@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____
Nombre Completo Fabian Altemirano Sanchez Edad: 35
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M F Estado Civil Casado Divorciado Concubinato Fecha de Nacimiento: 05/05/85
 Soltero Lugar de Nacimiento: Huamantla

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: 20 de Nov. No. Ext: 3/W. No. Int: _____
Colonia/Barrio: B. San José Código Postal: _____
Estado: _____ Municipio: Huamantla Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Empleado Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Complejión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno obscura Negra Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado
Ojos Grandes Medianos Pequeños Ojos Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Guesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas
Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas
Pelo facial Barba Bigote Ninguno
Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna
 ¿Consumo de manera cotidiana? _____
 Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha intentado suicidarse?
4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
9. ¿Vive con el agresor?
10. ¿Vive con la familia del agresor?
11. ¿Vive cerca del agresor?
12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quién? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica
Seguimiento: Fecha: Hora: hrs
Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____


Seguimiento: _____

Observación: _____

Canalización a otras instituciones: Escuela Albergue Asilo Asociación Civil CAIF
 CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundación Hospital Psiquiátrico Refugio
 INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros



NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 19/06/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Verónica Carces Flores. Edad: 32
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo H Estado Civil Casada Divorziata Concubinato Fecha de Nacimiento: 01/06/88
 Soltera

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 246 125 2488
 Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: Calle #8 No. Ext: S/N. No. Int: _____
 Colonia/Barrio: La Loma. Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Empleada. Servidor Público: Sí No
 Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Servicio Médico: Sí No ¿Cual? Particular. Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Licenciatura.

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
 Especifique: _____ Especifique: _____

¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
 Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
 Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Recta Afilada Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro Nariz Aguileña Ancha

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
 Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
 ¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
 ¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Fue el día Lunes 15 con mi marido a su casa platificamos bien, había una fiesta y como ya era tarde le pedí que me regresara a casa y no quería, dijo que ya me quedara con él pero no quise y cameroza a gritarme incluso me cacheteo y empujó
 Lugar de los Hechos le llamé a un papá, le mandé un ubicación y
 Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? Uego porm.

DOMICILIO

Calle: No recordar. No. Ext: _____ No. Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Chautempán Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano
 Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____
Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas
 Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito
 Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario
Daños Económicos:
 Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización
 Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____
Lesiones sexuales:
 ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____
Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos
Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@
 Hiji@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo Roberto Montiel Corcoba Edad: 35
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M F Estado Civil Casado Divorciado Concubinato Fecha de Nacimiento: 4/4/85
 Soltero Lugar de Nacimiento: Chacabambay

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No.Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: _____ Municipio: Chacabambay Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Complejión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno oscura Negra Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado
Ojos Grandes Medianos Pequeños Ojos Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas Pelo facial Barba Bigote Ninguno Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quièn? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: Se agenda cita para el 22 de de
para su seguimiento

Observación: _____

Canalización a otras instituciones:

CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Escuela Albergue Asilo Asociación Civil CAIF
 INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar Fundacion Hospital Psiquiátrico Refugio
 CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 15/06/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Alexandra Juana Reyes de Jesús. Edad: 17a
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Soltera Concubinato Fecha de Nacimiento: 08/05/2003
 Lugar de Nacimiento:

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono:

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No.Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No
 Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
 Especifique: _____ Especifique: _____

¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
 Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
 Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Aguiluña Ancha Nariz Recta Afilada Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
 Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
 ¿Es victima de Delincuencia Organizada? SI NO
 ¿Es victima de Violencia de Género? SI NO
 ¿Es victima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No.Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____

Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas

Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____

Lesiones sexuales:

ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____

Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@

Hiji@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo _____

Edad: _____

NOMBRE (S) _____

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____

Sexo M H

Estado Civil Casado Divorciado

Soltero Concubinato

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Tez Blanca Cara Alargada Cabello Corto/lacio

Media Moreno clara Cuadrada Corto/ondulado

Obesa Moreno oscura Ovalada Largo/lacio

Robusta Negra Redonda Largo/ondulado

Ojos Grandes Ojos Azules Gris Nariz Aguileña Boca Grande Labios Gruesos

Medianos Color Café claro Negros Ancha Mediana Medianos

Pequeños Café oscuro Verdes Recta Pequeña Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas Pelo facial Barba Bigote Ninguno Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consume de manera cotidiana? Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Pamela Casula Mayte Valentina Reyes (4ms)
Manuel Valentina de la Cruz. 25 años.

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quié? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapa: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____

Observación: Denuncia Anonima.

Canalización a otras instituciones: CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Escuela Albergue Asilo Asociación Civil CAIF Fundación Hospital Psiquiátrico Refugio INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

[Firma]
 Lic. Karina Fdez.
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 15/06/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Eva Dela Cruz Flores Edad: 38a
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Concubinato Fecha de Nacimiento: 06/02/82
 Soltera

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 247 1108966
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO
Calle: Calle Revolución No. Ext: 6 No. Int: _____
Colonia/Barrio: Ignacio Zaragoza Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: Huamantla Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONÓMICO
Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada
IDIOMA
Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
EDUCATIVO
Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Primaria

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
Especifique: _____
¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda
Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura
Boca Grande Mediana Pequeña
Nariz Aguileña Ancha
Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes
Recta Afilada
Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos
Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO
Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano
 Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____

Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas

Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____

Lesiones sexuales:

ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____

Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@

Hij@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo _____ Edad: _____

NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

Sexo M H Estado Civil Casado Divorciado Concubinato Fecha de Nacimiento: _____

Soltero Soltero Concubinato Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No.Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada **Tez** Blanca **Cara** Alargada **Cabello** Corto/lacio
 Media Moreno clara Cuadrada Corto/ondulado
 Obesa Moreno oscura Ovalada Largo/lacio
 Robusta Negra Redonda Largo/ondulado

Ojos Grandes **Ojos Color** Azules Gris **Nariz** Aguileña **Boca** Grande **Labios** Gruesos
 Medianos Café claro Negros Ancha Mediana Medianos
 Pequeños Café oscuro Verdes Recta Pequeña Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas Pelo facial Barba Bigote Ninguno Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____
 Tatuaje Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____
 Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna
 ¿Consumo de manera cotidiana? _____
 Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quié? _____

CANALIZACIÓN

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica
 Seguimiento: Fecha: Hora: hrs
 Etapa: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____

Observación: Se da la atención y se observa que va existe una denuncia AIHUAM-3/489/2020. OFICIO 1504/2020. MP.
DENUNCIA ANONIMA

Canalización a otras instituciones: Escuela Albergue Asilo Asociación Civil CAIF
 CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundación Hospital Psiquiátrico Refugio
 INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros

~~Eugenia...~~
 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE
Dr. Karina Alder...

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 11/06/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Flora Reyes Perez Edad: 28

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Soltera Concubinato Fecha de Nacimiento: 20/10/91

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono

Pertenece a un grupo etnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No

Especifique: _____

¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No

Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Aguiluña Ancha Nariz Recta Afilada Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional

Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica

¿Es victima de Delincuencia Organizada? SI NO

¿Es victima de Violencia de Género? SI NO

¿Es victima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano
 Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____

Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas

Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____

Lesiones sexuales:

ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____

Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@

Hii@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo _____ Edad: _____

NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

Sexo M H Estado Civil Casado Divorciado Concubinato Fecha de Nacimiento: _____

Soltero Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Media Obesa Robusta **Tez** Blanca Moreno clara Moreno oscura Negra **Cara** Alargada Cuadrada Ovalada Redonda **Cabello** Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado

Ojos Grandes Medianos Pequeños **Ojos Color** Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes **Nariz** Aguileña Ancha Recta **Boca** Grande Mediana Pequeña **Labios** Gruesos Medianos Delgados

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 08/08/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Virginia Sanchez Mendez Edad: 58
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Soltera Concubinato Fecha de Nacimiento: 25/06/1962
Lugar de Nacimiento: Tenancingo

¿Con quien vive? Nietos Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono: 221351356
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: Mejicano Rosa Maria Lara S

DOMICILIO

Calle: 14 Oriente No. Ext: 19 No. Int: _____
Colonia/Barrio: Barrio 5^{ta} Sección Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: Tenancingo Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Ama de casa Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
Especifique: _____

¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro Nariz Aguileña Ancha Recta Afilada

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano
 Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____
Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas
 Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito
 Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario
Daños Económicos: Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización
 Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____
Lesiones sexuales: ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____
Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos
Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@
 Hii@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo _____ Edad: _____

Sexo M H Estado Civil Casado Divorciado Soltero Concubinato
NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONOMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Complejión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno obscura Negra
Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado
Ojos Grandes Medianos Pequeños Ojos Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes
Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas
Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas
Pelo facial Barba Bigote Ninguno
Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quién? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: [][][][][][] Hora: [][][][] hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____

Observación: Denuncia Anonima

Canalización a otras instituciones:

- CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Albergue Asilo Asociación Civil CAIF
- INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar Fundacion Hospital Psiquiátrico Refugio
- CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros


 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA


 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV FOLIO FECHA **29/05/20**

DATOS GENERALES

Nombre Completo Maria de la Paz Diaz Morales Edad: 31a.
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Soltera Concubinato Fecha de Nacimiento: 31/05/88
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala.

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 246 173 28 87
Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: San Esteban Tizatlau. Francisco Romero No. Ext: 12. No.Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: _____
Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Ama de casa. Servidor Público: Sí No
Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Secundaria

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
Especifique: _____ Especifique: _____
¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Nariz Ancha Aguiluña Recta Afilada Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Usaria que refiere que el día de ayer (28/05/20) discute con su esposo y la cacheteeó. y decidí salirme de mi casa.

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO

Calle: Autopista San Martín - Tlax No. Ext: 5 Sur No.Int: _____
Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
Estado: Tlaxcala Municipio: Totolac Localidad: _____
Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano
 Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____

Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas

Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____

Lesiones sexuales:

ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____

Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial Perdió propiedad Pérdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@

Hij@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo Alex Cruz Rieiros Edad: 33
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M F Estado Civil Casado Divorciado Soltero Concubinato Fecha de Nacimiento: 09/02/87
Lugar de Nacimiento: Tlaxcala.

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: Auto pista. No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONOMICO

Actividad que realiza: Policia Estatal. Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? Modulo Medico. Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Preparatoria.

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno oscura Negra Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado

Ojos Grandes Medianos Pequeños Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras
 Teñidas
 Entre canas

Forma de las cejas Rectas
 Uniceja
 Separadas

Pelo facial Barba
 Bigote
 Ninguno

Orejas Grande
 Mediana
 Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Vanesa Cruz Díaz 9a.
Itzel Cruz Díaz 2a Fms.

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quièn? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____

Usaria que a la que se atiende y canaliza a CJ para atender el asunto familiar. y se deja cita

Observación: abierta para dar seguimiento psicologico.

Canalización a otras instituciones:

- CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundación Hospital Psiquiátrico Refugio
- INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros


NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA


NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 04/06/2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Karla Pérez Pérez. Edad: 35a
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo H Estado Civil Casada Divorziata Concubinato Fecha de Nacimiento: 10/07/84
 Soltera

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 0461118501
 Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO
 Calle: Calle 8 No. Ext: _____ No. Int: _____
 Colonia/Barrio: La Loma. Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala. Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

ECONÓMICO
 Actividad que realiza: Empleada. Servidor Público: Sí No
 Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Servicio Médico: Sí No ¿Cual? IMSS. Su casa es: Propia Rentada
IDIOMA
 Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____
EDUCATIVO
 Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Secundaria.

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
 Especifique: _____ Especifique: _____
 ¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
 Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda **Tez** Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura **Boca** Grande Mediana Pequeña **Color de ojos** Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes **Color de cabello** Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro **Nariz** Aguileña Ancha Recta Afilada

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
 Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
 Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
 ¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
 ¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos
 Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO
 Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____
Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas
 Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito
 Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario
Daños Económicos: Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización
 Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____
Lesiones sexuales: ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____
Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos
Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@
 Hij@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo _____ Edad: _____

NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
Sexo M H Estado Civil Casado Divorciado Soltero Concubinato Fecha de Nacimiento: _____
Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno obscura Negra Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado

Ojos Grandes Medianos Pequeños Ojos Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas
Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas
Pelo facial Barba Bigote Ninguno
Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quién? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: Se le dara seguimiento psicologico de programa
esta para el 8 de junio. 11:00 am.

Observación: _____

Canalización a otras instituciones:

- CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundacion Asilo Hospital Psiquiátrico Refugio CAIF
- INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

CANALIZACIÓN

Fecha: 8 / Junio / 2020.

Nombre de la usuaria: Veronica Cervantes Zempaltea

Situación:

Usuaria de 32 años que se refiere tener problemas con su vecino, este ejerce violencia familiar psicológica, patrimonial y sexual, debido a que la amenaza, entra a su casa sin su permiso, y se orina en su ropa a mención de la misma ya han levantado varias denuncias con argumentos de que es ella quien ejerce la violencia.

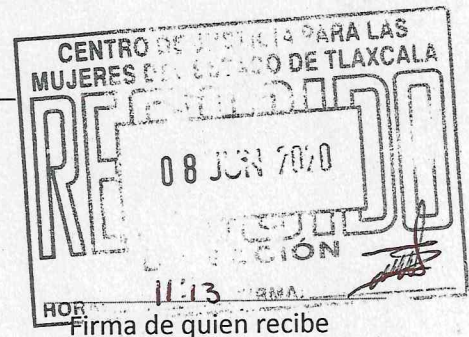
Observaciones:

La usuaria refiere tener miedo y se solicitara Ordenes de protección, con en el Centro de Justicia para Mujeres.

Institución a la que se canaliza: C-J-M.

Veronica Zempaltea

Firma de la usuaria



Firma de quien recibe

BANCO ESTATAL DE DATOS SOBRE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

EUV

FOLIO

FECHA 8 06 2020

DATOS GENERALES

Nombre Completo Veronica Cervantes Zemparrilla Edad: 32a
 NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casada Divorziata Concubinato Fecha de Nacimiento: 11 07 1988
 Soltera Lugar de Nacimiento: Tlaxcala

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono 246 4932136
 Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: Calle 12 esquina 9/17 No. Ext: 1510 No. Int: _____
 Colonia/Barrio: La Loma Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: Tlaxcala Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: Amatech Servidor Público: Sí No
 Lugar donde labora: Telefonista Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Servicio Médico: Sí No ¿Cual? IMSS Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: Inform. Admin.

SALUD FISICA

¿Tiene alguna discapacidad? Si No ¿Padece alguna enfermedad? Si No
 Especifique: _____ Especifique: _____
 ¿Esta embarazada? Si No ¿Padece alguna enfermedad mental? Si No
 Especifique: _____

MEDIA FILIACION

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.
 Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Tez Negra Amarilla Blanca Moreno clara Moreno obscura Boca Grande Mediana Pequeña Nariz Ancha Aguleña Recta Afilada Color de ojos Azules Café claro Café oscuro Gris Verdes Color de cabello Cano Castaño oscuro Castaño claro Negro

MOTIVO

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Modalidad de la violencia: Familiar Laboral Docente(escolar) De la Comunidad Institucional
 Tipo de violencia: Física Psicológica Patrimonial Económica Sexual Obstetrica
 ¿Es víctima de Delincuencia Organizada? SI NO
 ¿Es víctima de Violencia de Género? SI NO
 ¿Es víctima de Trata de Personas? SI NO

NARRACION DE LOS HECHOS

Lugar de los Hechos

Misma dirección de la víctima: Sí No Lugar de Ocurrencia: Espacio Público Espacio Particular ¿Cuál? _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____
 Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____
 Estado: Tlaxcala Municipio: _____ Localidad: _____
 Ubicado entre: _____

DANOS Y LESIONES

VIOLENCIA FISICA Laceración Contusión/magullamiento Quemadura Luxación/Esguince
 Fractura Cicatrices Aborto Dolor de cabeza Amputación Ninguno

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____
Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas
 Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito
 Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario
Daños Económicos:
 Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización
 Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____
Lesiones sexuales:
 ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____
Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos
Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@
 Hii@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo Thomas Pérez Bautista Edad: 35 años
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M F Estado Civil Casado Divorciado Concubinato Fecha de Nacimiento: _____
 Soltero Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: 1508 No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Media Obesa Robusta **Tez** Blanca Moreno clara Moreno obscura Negra **Cara** Alargada Cuadrada Ovalada Redonda **Cabello** Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado
Ojos Grandes Medianos Pequeños **Ojos Color** Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes **Nariz** Aguileña Ancha Recta **Boca** Grande Mediana Pequeña **Labios** Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas Pelo facial Barba Bigote Ninguno Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Tatuaje Si No Ubicación Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda

Otro: _____ Descripción de la cicatriz: _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No ¿Qué tipo de arma posee? Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Delfina Zempaltea Leon . 56a

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quién? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____

Observación: _____

Canalización a otras instituciones: Escuela Albergue Asilo Asociación Civil CAIF CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundación Hospital Psiquiátrico Refugio INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Otros

Chavira Zempaltea

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

[Firma]
 Luc. Karina Hdez
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."

Área Anatómica Lesionada Ojos Cabeza Cara Cuello Abdomen Región genital Mano Pies Extremidades inferiores Extremidades superiores Espalda Glúteos Otro _____

Nivel de gravedad de las lesiones: Bajo Medio Alto

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Amenazas Insultos Groserías Comparación Humillación Otro: _____

Daños psicológicos: Desadaptativo Insomnio Ideas suicidas Intentos suicidas

Tristeza Depresión Ansiedad Estrés Trastorno psiquiátrico Pérdida o aumento del apetito

Problemas nerviosos Angustia o miedo Otros: _____

VIOLENCIA ECONÓMICA

No dar gasto Controlar en que se gasta el dinero Retener su salario

Daños Económicos:

Dejó de estudiar Perdió dinero Perdió propiedades Perdió el trabajo Otro _____

VIOLENCIA SEXUAL

Obliga a tener relaciones sexuales Obliga a mirar pornografía Toca su cuerpo sin autorización

Toca sus genitales Víctima de trata Otro _____

Lesiones sexuales:

ITS Ardor vaginal Sangrado vaginal Desgarre otro _____

Daños sexuales: Aborto Embarazo Otro _____

VIOLENCIA PATRIMONIAL

Retención y/o destrucción de documentos personales Retención y/o destrucción de inmuebles u objetos

Daño patrimonial Perdió propiedad Perdida de documentos otro _____

DATOS PERSONALES DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

Tipo de relación o vínculo con la víctima:

Cónyuge/Pareja Novio Ex pareja Padre/Madre Padrastro/Madrastra Herman@ Suegr@

Hii@ Tutor (a) Amig@ Jefe Profesor (a) Compañer@ otro _____

Nombre Completo Alfonso Rodríguez Lopez Edad: 73
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo M H Estado Civil Casado Divorciado Soltero Concubinato Fecha de Nacimiento: 24 Jun
Lugar de Nacimiento: _____

¿Con quien vive? Hijos Esposo Conyuge Padres Teléfono: _____

Pertenece a un grupo étnico: Sí No Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Lenguaje Extranjero: _____

DOMICILIO

Calle: _____ No. Ext: _____ No. Int: _____

Colonia/Barrio: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Ubicado entre: _____

ECONÓMICO

Actividad que realiza: _____ Servidor Público: Sí No

Lugar donde labora: _____ Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Su casa es: Propia Rentada

IDIOMA

Habla español: Sí No Idioma Indígena: _____ Idioma Extranjero: _____

Servicio Médico: Sí No ¿Cual? _____ Tipo de vivienda: _____

EDUCATIVO

Sabe Escribir: Sí No Sabe Leer: Sí No Escolaridad: _____

MEDIA FILIACIÓN

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg.

Complexión Delgada Media Obesa Robusta Tez Blanca Moreno clara Moreno obscura Negra Cara Alargada Cuadrada Ovalada Redonda Cabello Corto/lacio Corto/ondulado Largo/lacio Largo/ondulado

Ojos Grandes Medianos Pequeños Ojos Color Azules Café claro Café oscuro Gris Negros Verdes Nariz Aguileña Ancha Recta Boca Grande Mediana Pequeña Labios Gruesos Medianos Delgados

Cejas Negras Teñidas Entre canas
Forma de las cejas Rectas Uniceja Separadas
Pelo facial Barba Bigote Ninguno
Orejas Grande Mediana Pequeña

SEÑAS PARTICULARES

Cicatriz Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ **Descripción de la cicatriz:** _____

Tatuaje Si No **Ubicación** Cara Brazo Derecho Brazo Izquierdo Cuello Espalda Pierna Derecha Pierna Izquierda
 Otro: _____ **Descripción de la cicatriz:** _____

Aspecto o particularidades de la vestimenta: _____

FACTORES DE RIESGO

Durante la agresión estaba bajo los efectos de: Alcohol Drogar Se ignora Ninguna

¿Consumo de manera cotidiana? _____

Porta armas: Si No **¿Qué tipo de arma posee?** Cuchillo Machete Navaja Pistola

GUÍA DE RIESGO

- 1. ¿Se le ha inducido a consumir bebidas alcohólicas, drogas y/o medicamentos controlados?
- 2. ¿Ha pensado en suicidarse?
- 3. ¿Ha intentado suicidarse?
- 4. ¿Ha sido hospitalizada anteriormente por las lesiones recibidas?
- 5. ¿Está constantemente bajo vigilancia del agresor?
- 6. ¿Se le impide hacer o recibir llamadas libremente?
- 7. ¿Se le impide hacer o recibir visitas libremente?
- 8. ¿Ha recibido algún tipo de amenaza?
- 9. ¿Vive con el agresor?
- 10. ¿Vive con la familia del agresor?
- 11. ¿Vive cerca del agresor?
- 12. ¿Tuvo que abandonar su casa?
- 13. ¿No tiene un lugar donde vivir?

Adrian Rodriguez Lopez 37.
 Andres. - en misma casa
 33 a.
 ATotonilco.

AUTORIDADES

Conoce alguna autoridad de éste asunto: Si No ¿Quién? _____

CANALIZACION

Solicitud directa de la usuaria: _____

Derivación/ ayuda: Asesoría Jurídica Apoyo Psicológico Atención Médica

Seguimiento: Fecha: Hora: hrs

Etapas: Ingreso Reingreso En Proceso Concluido Deserción otro _____

Seguimiento: _____


Observación: _____

DENONUNCIA ANONIMA

Canalización a otras instituciones:

- CEDH SEDIF SMDIF IEM IMM Fundación Asilo Asociación Civil CAIF
- INMUJERES ISSSTE PGJ Casa Hogar CRI Procuraduría para la Protección de NNA Refugio Otros


 NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA


 Lee. Karina Hdez
 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

Firmo de conformidad para que mis datos sean ingresados en el Banco de Datos del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y sean utilizados para los fines que convengan con base en los Artículos 39 y 40 de la Ley de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala

Este programa de carácter público, no es de carácter político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad. "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social."